

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

136

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Pedro C. ROJAS B.

Né le 15 février 1908, à Fusagasugà-Cundinamarca (Colombie)
Diplômé de l'Institut de Médecine Tropicale

**LA RÉACTION DE VERNES
A LA RÉSORCINE
DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN
DES
MÉNINGITES TUBERCULEUSES**

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551429_0070

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Pedro C. ROJAS B.

Né le 15 février 1908, à Fusagasugà-Cundinamarca (Colombie)

Diplômé de l'Institut de MédecineTropicale

**LA RÉACTION DE VERNES
A LA RÉSORCINE
DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN
DES
MÉNINGITES TUBERCULEUSES**

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	N.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
LAROCHÉ (G.).. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
	} Clinique obstétricale.	MM	
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture,

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Hommage posthume.

A MA MÈRE

*Sa vie exemplaire et ses hautes
qualités morales m'ont toujours guidé.
Son grand dévouement m'a permis
d'arriver au but.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

*Pour le grand honneur qu'il m'a fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. LAEDERICH

*Avec toute ma reconnaissance et
respectueuse considération.*

A MES CHERS MAÎTRES
DES UNIVERSITÉS DE
LOUVAIN,
STRASBOURG
ET PARIS

Pour la haute valeur de leur enseignement et paternelle affection.

Avant-propos.

Mon distingué maître R. Leriche, de Strasbourg, se plaît à dire à ses élèves : ce que toute famille demande avant tout au médecin, c'est le *pronostic* : l'affection est-elle grave ou non?... Combien de temps durera-t-elle?...

Mais, pour donner un pronostic, il faut tâcher de faire le *diagnostic*.

Jamais cette règle n'est plus évidente qu'en ce qui concerne les syndromes méningés. Tandis que grand nombre d'états méningés : méningites syphilitiques, méningites secondaires à des maladies infectieuses, méningites à germes banaux (streptocoque, staphylocoque, méningocoque), méningites lymphocytaires de nature indéterminée, parasitaires, vermineuses, zosteriennes, etc., permettent, grâce à une thérapeutique appropriée et parfois spécifique l'espoir d'une guérison, il y en a d'autres comme la méningite tuberculeuse, qui comportent un pronostic presque toujours fatal à brève échéance.

D'où la nécessité pour le praticien, en présence d'un syndrome méningé aigu, de se hâter par tous les moyens dont dispose la science de préciser son diagnostic.

Malheureusement, ces moyens sont limités : et si la Clinique et la Bactériologie apportent une aide immense au praticien, lui permettant, en l'état actuel de nos connaissances, d'obtenir de beaux succès et des résultats encourageants pour dépister une maladie des méninges, dans bien des cas, ces deux précieux auxiliaires sont insuffisants et laissent l'homme de science dans un labyrinthe inextricable, dans une caverne sombre d'hypothèses, de laquelle il ne lui sera permis de sortir que lorsque l'évolution spontanée de la maladie sera arrivée au terminus heureux ou tragique de la guérison ou de la mort.

C'est de cet état d'incertitude, de cette ignorance excusable de dépister certains syndromes graves qu'est née l'étude, aujourd'hui courante, des réactions biologiques. Celles-ci permettent, en effet, par des moyens simples physico-chimiques, de floculation ou autres, d'apprécier certaines modifications qui traduisent l'altération des propriétés d'un liquide céphalo-rachidien et de nous orienter vers un processus spécifique, bacillaire par exemple, comme il semble arriver avec le Vernes-résorcine, dans le cas de méningites tuberculeuses.

Certains auteurs ont affirmé récemment la valeur considérable qu'aurait la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de la nature tuberculeuse d'une méningite. Nous avons voulu vérifier les résultats annoncés et avons systématiquement examiné le liquide céphalo-

rachidien d'une série de malades hospitalisés dans le service de Monsieur le Docteur Laederich, et suspects de réaction méningée. C'est ainsi que nous avons analysé et mis à l'épreuve le Vernes-résorcine dans quelques cas de méningite tuberculeuse, d'hémorragies et tumeurs cérébrales, de méningite syphilitique, séreuse et même de quelques syndromes bénins tels qu'une polynévrite, un érythème noueux, etc.. Cela nous a permis de réunir 16 observations qui, tout en étant en nombre insuffisant pour juger de la valeur d'une réaction biologique, nous ont permis de tirer quelques conclusions sinon définitives du moins utiles, « sachant que l'expérience est le seul critérium médical et que la vérité scientifique finit toujours par triompher ».

* * *

Nous remercions Monsieur le Professeur Bezançon pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions de tout cœur notre cher Maître Monsieur le Docteur Laederich qui nous a initié dans cette étude, nous a offert l'hospitalité cordiale dans son service de l'Hôpital Necker, où nous avons recueilli sous ses ordres quelques observations et étudié les malades.

A Monsieur Lichtemberg, interne du Service, qui à plusieurs reprises nous a prêté, d'une façon généreuse, son aide dans ce travail.

A Monsieur le Docteur Demanche, chef du laboratoire de l'Hôpital Cochin, qui a bien voulu pratiquer les réactions que notre étude comporte.

A Monsieur le Docteur J. Quérangal des Essarts, Médecin principal de l'Hôpital Maritime de Brest, dont les travaux nous ont inspiré plusieurs de ces pages et de qui nous avons reçu des renseignements et documents précieux pour cette thèse.

A la Direction et au personnel de l'Institut Prophylactique où nous avons pu consulter les Archives et documents que sa bibliothèque renferme ; qui nous ont accueilli gracieusement dans les laboratoires où nous avons suivi et fait bien des réactions non seulement pour la tuberculose, mais pour la syphilis ; et enfin, qui nous ont guidé jusque dans les dernières variantes que la technique de la réaction comporte.

A tous notre haute gratitude et reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Difficultés de diagnostic des syndromes méningés par de simples méthodes bactériologiques et cliniques.

Un malade arrive à l'Hôpital où, après un examen minutieux, *on constate cliniquement les signes d'une réaction méningée complète ou incomplète* (contractures, signe de Kernig, vomissements, parfois une simple céphalée, etc.).

Cet examen du malade aboutit à un diagnostic de probabilité, mais reste en général insuffisant à lui seul, pour affirmer le diagnostic étiologique de l'affection.

C'est alors qu'on se décide à faire une ponction rachidienne et à demander au laboratoire une réponse précise et rapide, permettant de confirmer le diagnostic clinique, de porter un pronostic et d'appliquer, si cela est possible, une thérapeutique spécifique du germe en cause.

Les caractères physiques et chimiques d'un liquide céphalo-rachidien retiré par ponction chez un malade présentant un syndrome méningé, sont très insuffi-

sants pour affirmer la nature du processus duquel il s'agit.

La *couleur* (clair, lactescent, trouble ou puriforme, hémorragique, xanthochromique) et la *tension*, sont des éléments de diagnostic qui peuvent nous orienter vers telle ou telle maladie des méninges, mais ne nous donnent que des renseignements probables.

Parfois on aperçoit de fins filaments de fibrine ou des grumeaux minuscules nageant entre deux eaux, lorsque le liquide est pathologique, par exemple si l'on a affaire à une méningite tuberculeuse. Mais parfois, ce caractère manque ; ni la tension ni la clarté ne sont modifiées et cependant le liquide peut aussi bien être normal que relever d'une méningite chronique, tuberculeuse, syphilitique, assez souvent, plus rarement d'états méningés aigus, de certaines formes de méningites cérébro-spinales à leur début (Letulle et Pruvost).

Mais ce diagnostic se compliquant, on a recours à l'analyse d'autres caractères plus précis, par exemple celui qui consiste à chercher l'état de perméabilité des méninges : celles-ci étant imperméables quand elles sont saines, étant au contraire perméables lorsqu'elles sont altérées (épreuve calquée sur celle de la perméabilité rénale) : on injecte sous la peau 30 centigrammes d'iodure de potassium et on le recherche dans le liquide retiré par la ponction lombaire. A l'état normal et dans la plupart des méningites, cette épreuve reste négative. Seule, la méningite tuberculeuse s'accompagne de perméabilité des méninges à

l'iode (Collet). Elle n'est pas réalisée en pratique.

Dans la méningite tuberculeuse, souvent, le liquide est clair et très fibrineux, ce qui est un caractère important. Il y a de plus hyperalbuminose et lymphocytose. Mais, la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien n'a plus grande signification pour affirmer la nature tuberculeuse d'une méningite depuis qu'on l'a retrouvée dans divers états méningés autres que la méningite bacillaire. C'est ainsi qu'il y a des méningites tuberculeuses avec polynucléose prédominante dans le liquide, alors que des méningites non tuberculeuses, telles que la méningite dite lymphocytaire bénigne (décrite en France, d'abord par Widal au 11^e Congrès de Médecine en 1910, puis par d'autres auteurs), s'accompagnent d'une formule lymphocytaire parfois très intense.

En tout cas, même quand le tableau clinique presque au complet et la notion de lymphocytose ne laissent que très peu de doute sur le diagnostic de tuberculose, un seul élément de certitude peut trancher la question : la présence de bacilles de Koch, après coloration du frottis au Ziehl et le résultat positif de l'inoculation au cobaye. Nous verrons plus loin les difficultés auxquelles on se heurte, parfois, dans ces deux épreuves qui, par elles-mêmes, sont précieuses.

* * *

Le laboratoire avec les moyens dont il dispose peut nous donner une réponse rapide ou tardive.

— *Rapide* s'il découvre, en général, sous les auspices du microscope, la cause étiologique du syndrome méningé ; c'est le cas, par exemple, pour les méningites cérébro-spinales à méningocoques, les méningites infectieuses à germes banaux, tels que le streptocoque, staphylocoque, colibacille, etc... dans lesquelles le laboratoire, en ensemençant le culot de centrifugation du liquide retiré par ponction, sur milieu de choix, milieux ordinaires (typhiques), milieu T (pneumocoque, streptocoque), milieu à l'ascite (méningocoque), frottis, etc., donne au praticien une réponse, non pas de présomption, mais de certitude quant à la nature de l'infection.

C'est encore le cas pour la méningite tuberculeuse lorsqu'à l'examen direct on trouve le bacille de Koch. Mais il faut se rappeler la difficulté considérable que telle recherche présente dans maints cas, *surtout au début de la maladie*, malgré des examens longuement et méthodiquement conduits sur une préparation contenant le culot de centrifugation, coloré au Ziehl et dont le fond a été teinté en bleu.

D'autres fois, le laboratoire affirme le diagnostic du syndrome méningé, non plus par la découverte du germe en cause, mais au moyen de réactions biologiques considérées, aujourd'hui, comme pratiquement spécifiques, témoignant de l'action de ce germe : c'est l'exemple classique de la syphilis méningée où il serait intéressant de déceler le tréponème syphilitique dans le liquide céphalo-rachidien (les méthodes actuelles ne nous le permettent pas et d'ailleurs il n'y

a été trouvé qu'exceptionnellement), mais où certaines réactions telles que le Bordet-Wassermann, la réaction de Vernes au péréthynol, de Kahn, de Meinicke, etc., permettent d'affirmer l'origine spécifique de l'état méningé.

Malheureusement, dans nombre de syndromes méningés aigus, comme ceux caractérisés par une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, dus à des causes diverses, parfois de nature indéterminée, et dans lesquels rentrent certaines formes de tuberculose méningée à pronostic presque toujours fatal (Quérangal des Essarts), le diagnostic étiologique est presque impossible si la découverte d'un germe ou une réaction spécifique appropriée ne nous oriente vers telle ou telle affection.

Et ces résultats négatifs dans des cas de tuberculose, par exemple, resteront toujours douteux, surtout si le malade en question guérit, car aujourd'hui qu'on connaît mieux les formes méningées de maladies à virus filtrants, telles que la maladie de Heine-Medin et l'encéphalite épidémique, est-ce que ces virus ou d'autres n'étaient pas en cause dans des cas dits de méningite tuberculeuse curable et sans bacilles dans le liquide céphalo-rachidien ? (Letulle et Pruvost). Et ne faut-il pas aussi tenir compte des virus filtrants tuberculeux, à partisans nombreux, qui pourraient donner de vrais états méningés et sans qu'on puisse les déceler à l'examen microscopique ?...

Ainsi donc, ou le laboratoire nous envoie une

réponse rapide, ou se contente de nous faire *attendre* :

— dans ce dernier cas, en présence d'un liquide sans germes à l'examen microscopique et dont les cultures ont été toutes négatives il ne lui reste à employer que la méthode *d'inoculation* du liquide dans le péritoine ou sous la peau du cobaye.

Malheureusement, cette épreuve, excellente par elle-même, devient pratiquement inutilisable du fait qu'elle demande quelques semaines au minimum, c'est-à-dire le temps suffisant pour que la guérison ou la mort survienne avant qu'une réponse du laboratoire ait pu être donnée. Elle n'aurait, donc, qu'un intérêt rétrospectif et scientifique intéressant, mais inapplicable pour le diagnostic immédiat d'une affection grave, telle qu'une méningite tuberculeuse, par exemple.

La conclusion de ces considérations est la suivante : le laboratoire, avec les moyens dont il dispose, ne peut pas nous aider dans certains cas à faire le diagnostic entre un syndrome bénin à pronostic bénin et un syndrome grave à pronostic souvent mortel (comme il arrive dans la tuberculose). Et, si certains syndromes méningés, surtout ceux à lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien sont capables de simuler à s'y méprendre une affection grave, telle qu'une méningite tuberculeuse, le problème suivant, consciencieusement posé par le Dr Quérangal des Essarts est d'un intérêt considérable : devant un syndrome méningé aigu ou subaigu à lymphocytes (nous ajouterons : parfois avec peu de lymphocytes) qui ne répond pas à une cause

clinique évidente ou à la syphilis, est-ce que la tuberculose est en jeu ?...

* * *

Cliniquement. — Prenons le cas d'une méningite tuberculeuse : se baser seulement sur les signes cliniques au lit du malade, pour faire le diagnostic d'une méningite bacillaire et par conséquent prévenir la famille de la gravité du pronostic qu'une telle affection comporte, est une chose qui, à l'heure actuelle, en l'absence d'une cause nette qui fasse évidente l'atteinte tuberculeuse des méninges, est sinon très difficile, parfois hasardeuse et téméraire. Et le laboratoire associé à la clinique ?... Nous avons déjà vu la difficulté qu'il y a parfois, malgré des examens longuement et méthodiquement conduits, à trouver le bacille de Koch, surtout dans les premiers jours de la maladie.

D'autre part, des signes cliniques de réaction méningée peuvent se trouver au cours d'un nombre considérable d'affections diverses, depuis la syphilis jusqu'à la spirochétose ictéro-hémorragique, en passant par l'encéphalite léthargique, la maladie de Heine-Medin, l'herpès, le zona et même, au cours de certaines verminoses, du rhumatisme et de la mélitococcie. Netter, recherchant systématiquement le signe de Kernig dans la dothiéntérie, ne l'a-t-il pas trouvée dans 11 p. 100 des cas ?

Pour montrer l'abîme dans lequel tombe le médecin

traitant qui se base sur la simple symptomatologie clinique ou, ce qui est pire, sur les antécédents d'un malade présentant un état méningé, pour assurer la cause étiologique de tel syndrome, qu'il nous suffise de citer les deux observations cliniques que, dans ses « Notes sur la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic de méningites lymphocytaires bénignes de nature indéterminée » apporte dans les *Archives de l'Institut Prophylactique*, le Docteur Quérèngal des Essarts. Remarquons, en passant, l'aide que le Vernes-résorcine lui donne en pareils cas :

Deux jeunes gens sont hospitalisés dans des conditions à peu près semblables pour un état infectieux fébrile et cachant sous ce masque un syndrome méningé en évolution depuis quelques jours. Les hémocultures faites resteront négatives.

Les antécédents du malade A sont suspects : son père est mort d'une affection pulmonaire indéterminée, ainsi que ses deux frères ; lui-même est sujet à des bronchites répétées et son état général est médiocre.

Par contre, *chez le malade B, on ne trouve aucun antécédent bacillaire* et il s'agit d'un adolescent robuste.

Les examens de laboratoire faits au début, pour chercher le bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, restent infructueux chez les deux malades.

Les examens cliniques font redouter une méningite tuberculeuse, sinon pour les deux malades, tout au moins pour le malade A à antécédents suspects (*et ce fut à ce diagnostic que s'arrêta le premier médecin*

traitant, se basant sur la simple symptomatologie clinique).

On pratique la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien, qui montre :

- une absence de floculation pour le malade A (élément favorable) ;
- une surfloculation pour le malade B (élément défavorable) à antécédents bacillaires nuls.

Pour l'un comme pour l'autre, la maladie évoluant, de nouvelles ponctions sont faites, sans qu'on puisse arriver à déceler le B. K. ; mais on note toujours l'absence de floculation pour le premier malade, faisant éliminer la suspicion de tuberculose méningée, alors que, pour le second, la surfloculation persistante et croissante fait craindre la nature bacillaire de l'affection.

L'évolution vers la guérison pour le malade A (à antécédents bacillaires suspects) et vers la mort pour le malade B (à antécédents bacillaires nuls), avec présence de B. K. dans une quatrième ponction lombaire, ne tarda pas à faire un diagnostic définitif, en confirmant les prévisions données par la réaction de Vernes.

Ces deux exemples montrent que, malgré l'importance qu'il y a à rester toujours un bon clinicien, il est des cas où la clinique et la bactériologie abandonnent le médecin qui, en désespoir de cause, fait appel aux réactions biologiques appropriées, celles-ci

lui apprenant à reconnaître leur importance et le tort qu'il a de ne pas les essayer dès le début.

C'est de cette difficulté de donner un diagnostic sinon exact, tout au moins très probable, de certains syndromes méningés à pronostic bénin et d'autres à pronostic grave, par la clinique et la bactériologie seules, qu'est née l'étude des réactions biologiques que, comme la réaction de Vernes à la résorcine, semble extérioriser une modification physico-chimique, se traduisant par une surfloculation, lorsque le liquide retiré par ponction relève d'un processus tuberculeux des méninges.

CHAPITRE II

La réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien. Sa technique.

Sans entrer dans le détail des travaux qui ont amené Vernes peu à peu à ce procédé de laboratoire, disons qu'il s'agit là d'une méthode analogue à celle employée par lui pour l'étude sérologique de la syphilis.

Le Docteur A. Vernes, dans une Communication au centenaire de Villemin (*Arch. Méd. et Pharm. Milit.*, t. 87, n° 4, 1927, p. 571) indiquait le fait que dans les méningites tuberculeuses l'examen du liquide céphalo-rachidien donnait un degré photométrique élevé à la résorcine, alors que le sang pouvait rester normal. Il indiqua la technique de la réaction.

A partir de ce moment, un auteur remarquable, le Docteur Quérangal des Essarts, Chef du laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital Maritime de Brest, s'est consacré à la question, étudiant sur plus d'un millier de liquides examinés et suivis le Vernes-résorcine, non seulement dans des cas de méningites tuberculeuses, mais dans toutes les affections méningées. Nous don-

nerons dans le chapitre suivant un aperçu de ses travaux et conclusions.

Comme autre travail sur la question nous ne connaissons qu'une revue de Brelet (*Gazette des Hôpitaux*, 4 avril 1931) et un article de J. Caussimon (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 54^e année, n° 20, 8 janvier 1933, p. 20) dans lequel il apporte 4 observations intéressantes et reprend les conclusions du D^r des Essarts.

* * *

La technique de la réaction est simple : comme pour le sérum sanguin, elle repose sur des bases physico-chimiques de floculation et nécessite un appareillage que « quelques heures passées dans les laboratoires de la rue d'Assas permettront de se rendre compte de la facilité avec laquelle on l'utilise ».

Le mélangeur de Vernes est un appareil qui permet d'avoir une suspension de résorcine dont le degré d'opalescence est toujours le même.

Le photomètre « est une merveille d'ingéniosité ; — grossissant en quelque sorte comme un microscope l'image des petits objets — il permet d'agrandir considérablement le champ d'observation de la floculation ». Celle-ci se lit sur une échelle, graduée en degrés de densité optique, qui se déplace en même temps qu'on tourne la vis destinée à faire un champ uniforme sur un diaphragme muni d'un filtre rouge.

Un matériel spécial en verre permet de préparer la

suspension, de la répartir dans les tubes où va se faire la réaction, etc., le tout dûment mesuré.

Une mention spéciale doit être faite pour le *rhéomètre* de Vernes, sorte de seringue automatique à capacité réglable qui, supprimant les pipettes à aspiration buccale, permet une distribution plus aisée et commode des divers liquides employés pendant l'opération.

Nous renvoyons le lecteur au livre de Marcel Léger et Gustave Martin, sur la réaction de Vernes, pour la description complète de ces appareils.

Quant à la *technique* de la réaction elle-même, c'est la suivante :

— à 0,4 cmc. de liquide céphalo-rachidien, on ajoute 0,8 cmc. d'une solution de résorcine à 66 p. 100 (à saturation). On fait la première lecture immédiatement, car la floculation se produit dès le mélange des deux liquides et une seconde lecture au bout d'une heure. Le degré photométrique est obtenu par la différence entre les deux lectures.

A l'Institut prophylactique, au lieu de 0,4 cmc. on emploie 0,6 cmc. de liquide céphalo-rachidien, mélangés à 0,8 cmc. d'une solution de résorcine à 66 p. 100 (3 gr. 50 par 5 cmc. d'eau) et deux tubes pour la réaction dont le premier seul compte, tandis que le deuxième sert de contrôle et contient de la résorcine diluée au 1/2. On fait une seule lecture après une heure, à la température de 20°, tube bouché au caoutchouc.

Les différentes variantes apportées à la première

technique semblent ne pas donner de meilleurs résultats.

Il y aurait intérêt, dit le D^r Quérengal des Essarts, à employer des titres de résorcine moins élevés, pour les liquides contenant plus d'un gramme d'albumine par litre. Et il ajoute : « il y a là des recherches intéressantes à faire ».

CHAPITRE III

Quelques résultats relevés dans la littérature médicale.

La littérature médicale concernant les résultats de la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien au cours des syndromes méningés et autres affections cliniques, semble, à notre connaissance, relativement restreinte. A part les 5 articles publiés par le Docteur Quérangal des Essarts dans les *Archives de l'Institut prophylactique de Paris*, une Revue générale de Brelet, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes, dans laquelle cet auteur après avoir énuméré quelques cas de méningites tuberculeuses guéries, souhaite voir surgir quelque méthode nouvelle de diagnostic différentiel des syndromes méningés, et un article de J. Caussimon (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 20, 8 janvier 1933), nous ne connaissons pas d'autres publications sur ce sujet.

Voici un aperçu des travaux du Dr des Essarts :

Dans un premier article intitulé « Importance de la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide

céphalo-rachidien pour le diagnostic des méningites tuberculeuses », l'auteur apporte six observations de méningite tuberculeuse nette, chez des sujets chez qui la maladie s'est terminée par la mort, avec des indices photométriques du *Vernes-résorcine* dans le liquide oscillant entre 96 et 340.

Comme termes de comparaison, il apporte les indices photométriques de liquides céphalo-rachidiens dans des méningites d'autre nature : à pneumocoque, à méningocoque A, à méningocoque B, spécifique secondaire, hémorragie méningée, dans lesquelles le *Vernes-résorcine* ne dépasse pas le chiffre de 22.

Dans un deuxième article « La réaction de Vernes, à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien des affections méningées », l'auteur apporte encore cinq observations de méningite tuberculeuse avec des indices photométriques oscillant entre 87 et 450. Et pour rechercher si une floculation élevée est bien spécifique de la nature tuberculeuse de la méningite devant laquelle on se trouve, le Docteur des Essarts étudie la réaction à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien dans les syndromes méningés suivants :

Méningites ourliennes.

Méningites lymphocytaires de nature indéterminée.

Syphilis méningée.

Méningites cérébro-spinales à méningocoques.

Méningites infectieuses aiguës à germes pyogènes.

Hémorragies méningées de nature indéterminée.

Compression de la moëlle avec syndrome méningé et tumeurs du cerveau.

Voici ses conclusions :

— dans les méningites tuberculeuses la floculation à la résorcine est très élevée, en général elle dépasse 100.

— dans les méningites cérébro-spinales épidémiques, dans les méningites infectieuses aiguës, dans la syphilis méningée, dans les états méningés à lymphocytes, on n'observe pas de floculation ou une floculation peu élevée.

— cependant un indice photométrique plus ou moins élevé peut se rencontrer dans certaines formes d'hémorragie méningée d'origine indéterminée ; dans les compressions de la moëlle et les tumeurs du cerveau, lorsque le taux de l'albumine est très élevé (fait signalé par A. Vernes au Centenaire de Villemin, en octobre 1927).

Dans son troisième article « La réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien » le Dr Quérangal des Essarts montre l'importance du tracé de la courbe dans le diagnostic différentiel des méningites tuberculeuses, dans le pronostic et la thérapeutique.

1° *Diagnostic.* — La surfloculation du liquide, dès le début des signes méningés, est caractéristique d'une méningite tuberculeuse. La non-floculation infirme le

diagnostic de tuberculose. Se méfier de méningites associées : une méningite à germes banaux donnant une floculation élevée, permanente, peut cacher une tuberculose méningée.

2° *Traitement*. — « La courbe de la réaction demeure un guide précieux dans l'appréciation de l'activité d'une médication », dit l'auteur, à propos de deux courbes qu'il apporte de malades traités par l'Allergine de Jousset.

3° *Pronostic*. — Le tracé des indices photométriques toujours élevés dans des cas de méningite bacillaire qui se prolonge montre la persistance et l'évolution de l'affection.

Dans le quatrième article, l'auteur signale que dans l'examen à la résorcine sur 158 liquides chez des sujets apparemment sains, présentant seulement quelques petits troubles nerveux par exemple, le Vernes-résorcine n'a jamais dépassé le chiffre de 20; donc, pas ou peu de floculation. De même au cours d'affections fébriles aiguës telles que : septicémies, scarlatine, typhoïde *sans réactions méningées* et chez des sujets présentant une affection non bacillaire et n'atteignant pas les méninges. Sur 36 liquides ainsi examinés, ce chiffre atteint tout au plus 20.

Mêmes résultats chez des malades présentant une affection tuberculeuse évolutive sans retentissement sur les méninges, alors que la floculation dans le sérum sanguin était très élevée.

Ensuite, l'auteur montre avec des tableaux excellents une étude de la réaction :

1° dans les affections avec lymphocytose rachidienne ;

2° dans les affections avec polynucléose rachidienne, étude qui confirme la valeur de la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic de la méningite tuberculeuse, à tel point qu'en l'absence de l'hyperfloculation qui caractérise le processus bacillaire on peut affirmer qu'il n'y a pas atteinte tuberculeuse des méninges.

Enfin, c'est avec grand plaisir que nous publions ici une des deux observations *inédites* que le Docteur Quérenchal des Essarts lui-même eut la complaisance de nous offrir, et qui fait honneur à ces pages :

« Enfant de 6 ans, dernier-né d'une famille de sept enfants dont deux sont morts en bas-âge de méningite présumée bacillaire. Grands-parents morts tuberculeux ; parents paraissant indemnes.

Cet enfant présente le 7 novembre 1934 un syndrome méningé aigu avec une température à 38°. Les signes méningés seraient survenus à la suite d'une chute sur la tête ; on trouve, en effet, une plaie superficielle du cuir chevelu et un hématome dans la région pariétale droite.

A l'examen : raideur de la nuque; Kernig, photophobie vomissements, mydriase, raideur généralisée, céphalée.

A la ponction : liquide louche, sans sang. Cellule de Nageotte : 140 éléments par mmc. Cytologie : lympho. 78, poly. 20, cells. endoth. 2 p. 100. Albumine : 0,60. Vernes

péréthynol = 0. *Vernes-résorcine* : I. P. = 60 (le 7 nov).

Très rares bacilles acido-résistants.

A la suite de la ponction, amélioration nette de tous les signes cliniques ; la température se maintient cependant à 37°5. L'amélioration persiste quelques jours, mais le 14 novembre les signes reprennent et s'aggravent.

Le 16 novembre nouvelle ponction : on retire quelques cmc. d'un liquide trouble, contenant 160 éléments au mmc. avec lymphocytose presque exclusive. *Vernes-résorcine* : I. P. = 130. Albumine 0,90. Très rares bacilles acido-résistants.

L'état s'aggrave progressivement et la mort survient le 30 novembre ».

* * *

J. Caussimon dans la *Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux* apporte 4 observations assez intéressantes et instructives sur « la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses ».

Dans 3 d'entre elles, le diagnostic clinique et biologique de méningite tuberculeuse n'est pas douteux. Les indices photométriques du *Vernes-résorcine* oscillent entre 151 et 343.

Chez ces malades la maladie s'est terminée par la mort.

Faisons remarquer, ici, que le taux d'albumine du liquide dans ces 3 cas oscille entre 1 gr. 50 et 2 gr. 50 par litre.

La quatrième observation ne fait que confirmer la

valeur diagnostique et même pronostique de la réaction :

Paulette R..., 20 ans. Tuberculose pulmonaire bilatérale torpide. Pleurésie gauche récente en voie de symphyse. Péritonite tuberculeuse ascitique.

Brusquement, apparition d'une température à 38°5 puis 39°, somnolence, céphalée, vomissements, légère raideur de la nuque et du rachis ; troubles vaso-moteurs ; ébauche de Kernig.

En présence de cet ensemble, on redoute une réaction méningée et on pratique une P. L. : Albumine 0, gr. 10; cell. de Nageotte : 2 éléments par mm³. Rares lymphocytes ; recherche du B. K. négative. *Indice photométrique* : 4.

Au bout de quelques jours la température tombe et tous les troubles se dissipent sans laisser de traces ».

Au point de vue théorique, dit l'auteur, on peut provisoirement expliquer l'intensité de la floculation dans les méningites tuberculeuses par la pénétration abondante d'antigènes dans le liquide céphalo-rachidien et aussi par le fait que ces antigènes ne sont pas comme dans le sérum sanguin, neutralisés en partie par la formation d'anticorps.

CHAPITRE IV

Nos observations cliniques personnelles.

Ces observations ont été recueillies et suivies par nous dans le service de Monsieur le Docteur L. Laederich, sous les auspices de sa haute bienveillance.

OBSERVATION I (1)

Le malade Ch... L..., âgé de 44 ans, mineur, entre dans le service le 10 juillet 1934, pour un syndrome méningé aigu.

Son état de prostration ne permet pas l'interrogatoire mais, aux dires de l'entourage, le malade a beaucoup maigri les dernières semaines et présentait de la céphalée et de l'asthénie depuis le début du mois. Brutalement, le jour de son hospitalisation, il fut pris d'une céphalée atroce, de vomissements en fusée, en même temps que la température était à 40°.

Devant ce début brutal et l'apparence clinique d'une méningite aiguë, une ponction lombaire fut pratiquée

1. Cette observation a été publiée par Monsieur le Docteur L. Laederich et D. Lichtemberg sous le titre de « Méningite tuberculeuse à évolution prolongée » dans le *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*. Paris, février 1935.

d'urgence, ramenant un liquide clair, extrêmement hypertendu ; l'examen ultérieur montra plus de 100 éléments à la cellule de Nageotte, les lymphocytes prédominant nettement.

Rapidement, la constipation apparaît à son tour ; le trépied classique est au complet. Attitude, contractures intenses, troubles du pouls, tout rappelle la méningite tuberculeuse de la 2^e enfance. Rapidement, d'ailleurs, la présence de B. K. dans le liquide (le 17 juillet), vient confirmer le diagnostic et fait envisager un pronostic rapidement fatal.

Huit jours après son entrée, le malade présente encore de la céphalée, une constipation opiniâtre, du délire tranquille ; il persiste de la raideur localisée à la nuque, un léger Kernig et un pouls instable. Aucun bruit pulmonaire adventice ; la radiographie décèle des taches calcifiées sous la clavicule droite, lésions qui remontent peut-être à une grippe espagnole (?) en 1919, quand il a dû s'aliter pendant 3 mois.

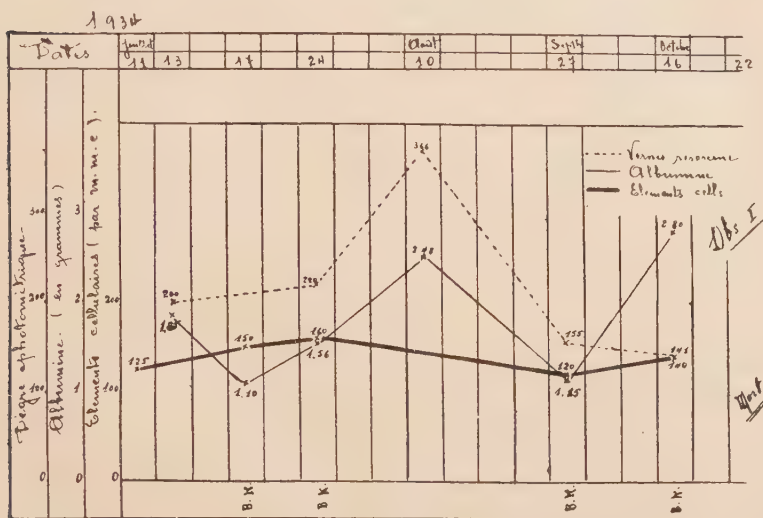
Les autres appareils sont indemnes.

Pendant la longue évolution qui a duré 105 jours, fait exceptionnel dans la méningite de l'adulte, plusieurs faits sont intéressants à noter ici :

1^o La température qui était à 40° à l'entrée du malade est tombée en lysis en sept jours à 37°. Puis, la courbe thermique va osciller jusqu'à la fin entre 37° et 38°, plus souvent au-dessous de 37° qu'au-dessus de 38°. Elle n'a pas été influencée, spécialement, par l'Allergine de Jousset, qui a été instituée dès le dixième jour, à raison de 1/2 cmc. sous-cutanée, tous les 8 jours, arrêtée pendant 3 semaines et reprise jusqu'à la fin. Non plus par le salicylate de soude, donné *per os*, à raison de 2 gr. par jour pendant la

période où le malade ne reçut pas de l'Allergine et administré uniquement à titre antalgique ;

2^o Malgré cette allure de la température, d'un bout à l'autre de la maladie, le malade a présenté des signes de méningite en évolution. Ce fut, ainsi, de la céphalée qui a été améliorée partiellement par les ponctions lombaires; de la constipation opiniâtre le long de la maladie; des troubles du pouls qui est resté instable et en disproportion



avec la température; de la contracture non seulement des membres mais de la nuque et un léger Kernig. Il présenta, en outre, du relâchement des sphincters, avec des escharres fessières et sacrées. Le délire, tranquille la plupart du temps, s'accompagnait par moments d'agitation motrice (le malade quittait volontiers son lit en passant par dessus les planches) et d'une carphologie importante. A aucun moment, il n'a présenté de paralysies ni des membres ni oculaires; on notait, souvent, une mydriase transitoire; le fond d'œil était normal;

3^e Une polyurie importante par moments, non influencée par l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Le malade a subi, pendant cette longue évolution de sa maladie, 7 ponctions lombaires. Le bacille de Koch y a été mis en évidence à plusieurs reprises : les 17 et 24 juillet, le 27 septembre et le 16 octobre. Les chiffres de l'albumine, de la lymphocytose et du Vernes-résorcine sont inscrits sur le tableau ci-dessus :

Les réactions sérologiques pour la syphilis se sont montrées toutes négatives.

La résorcine dans le sang faite à 3 reprises a donné 10, 12 et 8 respectivement.

Une inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye, pratiquée le 25 septembre, l'a fait devenir tuberculeux quelques semaines après.

Comme on le voit, la longue évolution de cette méningite tuberculeuse, qui est exceptionnelle chez l'adulte, aurait pu nous faire penser au bienfait de l'Allergine et espérer la guérison. Mais le chiffre du Vernes-résorcine dans le liquide céphalo-rachidien s'est toujours montré supérieur à 141, allant jusqu'à 366, ce qui nous a permis de voir, plus qu'une valeur diagnostique de la méthode, une valeur pronostique. En effet, l'état général qui était relativement conservé, chez notre malade, a fléchi rapidement les derniers jours et on assiste à une véritable fonte des tissus, le malade devenant squelettique. Il décède le 22 octobre.

Anatomie pathologique : lésions typiques de méningite exudative.

OBSERVATION II

F... Denis, âgé de 38 ans, coiffeur, entre dans le service le 24 septembre 1934 parce qu'il se sent très fatigué. Il dit avoir présenté depuis quelques jours une céphalée continue.

Il y a 6 mois environ, le malade a été hospitalisé à Necker pour une tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère.

A l'interrogatoire, on s'aperçoit que le malade, partiellement obnubilé, présente de l'incohérence et contradiction dans les idées, de la carphologie et semble comme hébété.

La température à 37° à son entrée, oscille entre 37° et 38° pendant son bref séjour à l'hôpital.

A l'examen, il présente :

- une teinte addisonienne ;
- de gros râles humides, aux sommets des poumons et à la partie moyenne du poumon droit où ils sont perçus, aussi bien en arrière qu'en avant du thorax ;
- les réflexes tendineux et cutanés sont normaux ;
- Pas de signe de Kernig, ni raideur de la nuque ;
- A l'examen oculaire : abolition des réflexes photo moteurs et accommodateurs des deux côtés.

Les autres appareils sont indemnes.

La ponction lombaire montre :

- un liquide clair, hypertendu ;
- éléments à la cellule de Nageotte : 20,40
- Albumine : 1 gr. 50 ;
- Quelques lymphocytes ;
- Wassermann : négatif ;

— Réaction de Takata Ara : rose (réaction méningitique non Σ) ;

— Vernes-résorcine : 117.

L'examen du sang, fait le même jour, montre un :

— Wassermann négatif.

Evolution : dès le lendemain la maladie s'aggrave : à la phase de torpeur du début succède une phase d'agitation, avec respiration accélérée, trismus, grimaces qui précèdent le coma. Le malade meurt le troisième jour de son hospitalisation.

A l'autopsie : adhérences pleurales. Bronchopneumonie caséeuse du tiers supérieur du poumon droit, avec grosse caverne au sommet et des tubercules caséeux.

Granulations nombreuses du lobe inférieur gauche avec symphyse pleurale.

Cœur : petit.

Rate : augmentée de volume.

Rein : congestifs, avec granulations miliaires du rein gauche au niveau des pyramides.

Surrénales : normales

Cerveau : légère opacité et congestion générale de la corticalité ; granulations nombreuses avec épaissement et infiltration le long de la gaine de la Sylvienne. Placard d'infiltration purulente sur la scissure de Sylvius droite. Un frottis montre des B. K.

La base du cerveau est granuleuse.

Les ventricules latéraux sont dilatés.

Les plexus choroides du IV^e ventricule, qui par ailleurs est distendu, présentent des granulations en série.

CONCLUSION. — *Méningite tuberculeuse* à évolution rapide.

Le chiffre du Vernes-résorcine était de 117, dans la L. C. R.

OBSERVATION III

Y... R., âgé de 30 ans, maçon, entre dans le service le 7 décembre 1934, avec une température à 40°, de la céphalée, agitation et courbature généralisée.

Le début des accidents remonte au mardi 4 décembre et semble avoir été brutal, au cours de son travail, par un grand frisson, sans point de côté. Cependant le malade continua à travailler jusqu'au 7 décembre, jour de son admission à l'Hôpital.

Par l'interrogatoire, qui a été possible seulement à la convalescence, on apprend qu'il a fait :

- une pleurésie en 1924, qui a guéri par le repos ;
- une otorrhée chronique de l'oreille gauche, survenue après la pleurésie et dont l'écoulement tari depuis longtemps, s'est réveillé au cours de la maladie actuelle.

A l'examen : Malade hautement fébricitant (température en plateau à 40°), en proie à un délire plutôt tranquille, obnubilé, répondant très mal aux questions, dyspnéique (30 respirations à la minute), toussant et expectorant difficilement des crachats du type pneumonique. Facies vultueux, mais pas d'herpès. Urine contenant des traces d'albumine.

A la base du poumon droit, quelques râles sous-crépitaux, accompagnant une matité segmentaire.

Respiration soufflante à gauche.

D'autre part, le malade présente : une céphalée très intense, des réflexes tendineux extrêmement vifs, le réflexe cutané-plantaire gauche tend à se faire en extension, clo-

nus du pied du même côté, [rapidement épuisable, légère contracture, mais pas de Kernig. Les réflexes oculaires sont normaux.

Par ailleurs, foie légèrement augmenté, sensible. Rate normale. Bruits du cœur sourds. T. A. à 11/8. Pouls rapide à 115.

L'état reste stationnaire, la température se maintient en plateau, l'expectoration devient muco-purulente : on y trouve quelques pneumocoques, mais pas de bacille de Koch.

Le 11 décembre, le malade refuse de boire, l'état général est franchement mauvais, la nuque est un peu raidée, il existe un clonus du pied et un signe de Babinski à gauche. La pupille gauche est mydriatique. Les mêmes signes du début persistent à la base du poumon droit.

Le lendemain le délire s'accroît, le malade s'agite, veut se lever, présente de la céphalée frontale, raideur de la nuque et incontinence des sphincters.

Le 14 on pratiqua une ponction lombaire qui montre :

- un liquide clair ;
- éléments à la Cell. de Nageotte : 6,2 ;
- albumine : 0,40 ;
- quelques lymphocytes et polynucléaires ;
- Bordet-Wassermann : négatif ;
- Vernes-résorcine : 19.

L'examen du sang donne :

- Wassermann : négatif ;
 - résorcine : 60 (mais le malade présente 40° de fièvre).
- Ensuite, la température se maintient en plateau à 39°.

Le 18 décembre, écoulement de l'oreille gauche dont la sérosité contient :

- de nombreux polynucléaires et lymphocytes ;

- prédominance de staphylocoques ;
- quelques bacilles à Gram négatif ;
- quelques diplocoques à Gram négatif ;

Une numération globulaire montre :

Globules rouges.....	4.500.000
Globules blancs.....	14.800
Hémoglobine.....	70 %

La formule leucocytaire est :

Polynucléaires	80
Lymphocytes.....	2
Grand mononucléaires.....	3
Moyens mononucléaires	9
Eosinophyles.....	0
Myélocytes.....	1
Formes de transition	5

A partir de ce moment, la température tombe en lysis et est à 37° le 23 décembre. La réaction méningée est complètement disparue et le malade retrouve sa lucidité, en même temps qu'il présente une diurèse qui oscille entre 1 litre 500 gr. et 3 litres.

Depuis, température sub-normale, ne dépassant pas 38°.

Les signes pulmonaires sont complètement disparus.

Une deuxième ponction lombaire, pratiquée le 8 janvier 1935, montre :

- un liquide clair ;
- éléments à la Cell. Nageotte : 1, 30 ;
- Albumine : 0 gr. 20 ;
- rares lymphocytes et hématies ;
- Wassermann : négatif ;
- R. de Takata-Ara : négative ;
- Vernes-résorcine : 6.

CONCLUSION. — Il semble, dans ce cas, qu'il s'est agi d'une *pneumonie bâtarde, grippale, avec réveil d'otite ancienne et réaction méningée légère* qui a fait penser un instant à une méningite tuberculeuse. La résorcine dans le L. C. R. n'a jamais dépassé 19, et ceci nous aurait déjà permis d'écarter ce dernier diagnostic.

OBSERVATION IV

B... L., âgé de 39 ans, employé de bureau, entre dans le service le 22 octobre 1934 pour une chute qu'il aurait fait la veille, d'une hauteur assez considérable, en descendant l'escalier de sa maison.

On l'amène à l'hôpital où l'examen montre : malade présentant du délire avec agitation et des troubles psychiques nets ; une céphalée intense qui persistait déjà depuis quelque temps ; des troubles oculaires, quelques vomissements, hoquet, raideur de la nuque, signe de Kernig et troubles sphinctériens. Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux. Ni les examens cliniques, ni les examens radiologiques ne montrent une fracture du rachis.

Il s'agit, en réalité, d'un syphilitique avéré dont l'accident primaire remonte à 1919 sans qu'aucun traitement ait été entrepris à ce moment là.

Son histoire clinique se perd jusqu'à 1928 où les premiers accidents oculaires, consistant en baisse progressive de l'acuité visuelle, apparaissent. En 1931, un Wassermann dans le sang se montre fortement positif. Des séries de cyanure et de quinby, suivies régulièrement à ce moment, n'améliorent pas la céphalée constante, les troubles oculaires et les sensations vertigineuses dont se plaint toujours le malade.

En présence de ce syndrome méningé, présenté à son

entrée, nous pratiquons chez ce malade une première ponction lombaire qui montre un liquide clair, hypertendu, contenant 0 gr. 74 d'albumine et 4,76 éléments à la cell. de Nageotte (assez nombreux lymphocytes et mononucléaires, après centrifugation). Le B. W. est très fortement positif, le Takata-Ara montre une réaction méningitique syphilitique nette, la réaction de Pandy est positive partielle et le *Vernes-résorcine* est de 112.

L'examen du sang retiré en même temps que le L. C. R. montre le Wassermann, le Hecht, le Vernes, le Kahn fortement positifs.

Par la suite, les troubles psychiques s'améliorent, mais le malade présente encore de la céphalée, raideur de la nuque et des troubles sphinctériens.

Le 6 novembre, deuxième P. L. qui montre un liquide clair, contenant 0 gr. 46 d'albumine, 1,20 éléments à la cell. de Nageotte, un Wassermann fortement positif et un *Vernes-résorcine* de 9.

Un fort traitement mercuriel améliore le malade qui, sur sa demande, sort assez bien portant de l'hôpital.

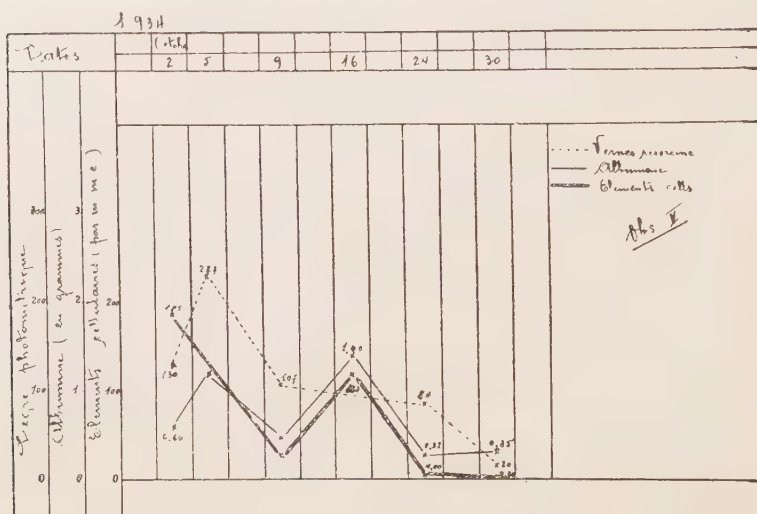
CONCLUSION. — Chez un malade certainement syphilitique, présentant une *méningite syphilitique*, le chiffre élevé (112) du Vernes-résorcine nous fit penser un instant à une méningite tuberculeuse ; mais un nouvel examen du liquide, pratiqué quelques jours après, nous donnant un chiffre bas (9), nous nous écartons de ce diagnostic pour tomber dans le vrai de syphilis des méninges.

OBSERVATION V

S... A., âgé de 64 ans, tonnelier, entre dans le service le 29 septembre 1934, dans un coma vigile.

Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents. Il semble, au dire de la famille, qu'il n'a jamais été malade.

A l'examen : malade dans un coma vigile, réagissant par des grognements et quelques mouvements des membres droits, lors des excitations fortes. Les membres du côté droit paraissent retomber plus lourdement. Les réflexes



sont vifs de ce côté. Signe de Babinski bilatéral. Légère paralysie faciale droite.

Les autres appareils sont indemnes ; mais le malade présente une tension artérielle à 20/11 1/2 au Vaquez, il existe de l'albumine dans les urines et une urée sanguine de 0,89.

Une ponction lombaire retire un liquide hémorragique contenant 0gr. 60 d'albumine, 185 éléments à la cellule de Nageotte (dont rares lymphocytes, prédominance de polynucléaires et quelques moyens mononucléaires).

Le Bordet-Wassermann est négatif.

Le Vernes-résorcine de 130.

Le diagnostic clinique est celui d'une *hémorragie méningée* chez un azotémique hypertendu. Cependant, le chiffre élevé du Vernes-résorcine dans le liquide céphalo-rachidien nous fait penser un instant à une hémorragie méningée tuberculeuse. Mais les autres résultats de la P. L. ne cadrent pas avec ce diagnostic et l'évolution, d'ailleurs favorable, montrera un abaissement progressif du chiffre du Vernes-résorcine dans les autres ponctions lombaires pratiquées chez ce malade, comme on peut le voir sur le tableau ci-contre. L'évolution fut celle d'une hémorragie méningée bénigne (épistaxis méningé) : le liquide céphalo-rachidien est devenu xanthochromique, puis clair.

A aucun moment le malade n'a présenté de la fièvre.

Les réactions sérologiques pour dépister la syphilis ont été toutes négatives. La résorcine dans le sang, pratiquée à 4 reprises, a donné les chiffres de 2, 54 10 et 3. Le malade est sorti, sur sa demande, bien portant, le 1^{er} novembre 1934.

CONCLUSION. — Si le résultat élevé du Vernes-résorcine aurait pu nous tromper au début, ce cas nous montre qu'il ne faut pas rester sur un seul examen, mais pratiquer plusieurs analyses, surtout si la clinique ne s'accorde pas avec le laboratoire.

OBSERVATION VI

Madame C..., âgée de 41 ans, entre dans le service le 7 janvier 1934 dans le coma.

On n'a aucune notion sur son histoire clinique.

A l'examen : malade dans un coma profond. Le facies

vultueux. La tête et les yeux déviés à droite. Respiration stertoreuse. Sphincters relâchés. Température à 39°5. Les excitations fortes réveillent des mouvements légers dans les membres droits. Hémiplégie gauche totale. Les réflexes tendineux légèrement exagérés à gauche. Signe de Babinski bilatéral.

Les membres gauches sont contracturés. Il existe une raideur de la nuque. Les pupilles réagissent paresseusement à la lumière, la droite se trouvant en mydriase.

L'auscultation du cœur est impossible à cause des bruits pulmonaires.

Il existe une rate verticale, dont le pôle inférieur se trouve à 25 centimètres du rebord costal.

La T. A. est de 15/3 au Vaquez.

On n'a pas relevé d'autres symptômes.

Notre diagnostic clinique est celui d'*hémorragie méningée*.

Une numération globulaire montre :

Globules rouges.....	3.880.000
Globules blancs.....	18.200
Hémoglobine.....	80 à 90 %

La formule leucocytaire :

Polynucléaires.....	56
Lymphocytes.....	4
Grands mono.....	4
Moyens mono.....	27
Eosinophyles.....	0
Myélo.....	0
Formes de transition.....	9

On pratique une ponction sous-occipitale qui ramène un liquide céphalo-rachidien rosé.

Il existe une hémolyse complète. Il contient :

- Albumine : 1 gr. 85 ;
- éléments à la Cell. de Nageotte : 9 ;
- Nombreux poly et quelques lymphocytes ;
- Wassermann : positif ;
- *Vernes-résorcine* : 15.

Dans le sang :

- Wassermann : positif ;
- résorcine : 46.

Dans la nuit, la température monte à 41°,8 et la malade décède le lendemain matin.

Autopsie : à l'ouverture de la boîte crânienne, sous la dure-mère et couvrant toute la région rolandique droite, il existe un caillot pesant 100 gr. qui se détache facilement de la pie-mère.

A la partie postérieure d'un sillon, on trouve un petit caillot adhérent aux parois d'une veine, comme un clapet, qui cache une ulcération siégeant sur une dilatation sacciforme de la veine. Petit infarctus du noyau lenticulaire droit.

Par ailleurs, dans la substance blanche du même hémisphère, deux ou trois petits foyers de ramollissement.

Cœur : sur deux valvules sigmoïdes aortiques, il existe des végétations typiques de la maladie d'Osler. L'aorte est très légèrement athéromateuse.

Poumons : œdématiés, mais pas de tuberculose.

Rate : énorme, pesant 845 gr., le grand axe dépassant 30 centimètres. A la coupe : de nombreux infarctus anciens.

Au niveau du *foie*, pesant 2.450 gr., qui est extrêmement pâle, un petit nodule (?).

CONCLUSION. — *Hémorragie méningée chez une syphilitique ayant une maladie d'Osler.*

Vernes-résorcine dans le L. C. R. : 15.

OBSERVATION VII

Madame Z. A..., âgée de 53 ans, entre dans le service pour aphasie et céphalée, le 2 janvier 1935.

Le début a été brutal par céphalée et troubles de la parole, comme nous l'apprenons par l'entourage.

A l'examen : malade portant continuellement la main à la tête, présentant un langage extrêmement réduit. Il s'agit d'une aphasie totale, le centre moteur étant un peu moins touché. Tous les examens somatiques sont négatifs.

Cinq jours après son entrée elle présente une hémiplegie droite. La température se maintient autour de 38°. La tension artérielle est de 10,5/6,5. L'urée sanguine est de 0 gr. 48.

Une ponction lombaire retire un liquide teinté de sang accidentellement. On n'y pratique que la recherche du Wassermann qui est négatif.

Une ponction sous-occipitale pratiquée le 11 janvier permet de retirer un liquide xanthochromique contenant 2 gr. 80 d'albumine (dosée par néphélémétrie), 5 éléments à la cellule de Nageotte (lymphocytes). Pas de B. K. Wassermann négatif. Takata-Ara, rose (réaction méningitique non syphilitique). Vernes-résorcine 126, alors que dans le sang elle est de 42.

L'évolution a duré en tout 10 jours.

CONCLUSION. — *Ramollissement cérébral d'origine incon-*

nue (athérome ?) avec légère hémorragie et forte albuminose méningée, donnant un chiffre élevé de résorcine dans le L. C. R.

OBSERVATION VIII

T. B., âgé de 49 ans, cantonnier à la Ville de Paris, entre dans le service le 23 octobre 1934 pour une céphalée intense et raideur dans le membre gauche.

Le début de sa maladie semble remonter au mois de juin 1934, par des crises épileptiformes, lui laissant le temps de s'asseoir et caractérisées par des mouvements cloniques généralisés, semble-t-il. Elles s'accompagnaient de mictions involontaires et morsure de la langue, sans stertor, le malade retrouvant rapidement sa connaissance, mais gardant une amnésie complète.

La céphalée qui précédait ces crises persistait encore quelques heures.

Chaque crise durait une demi-heure et survenait deux, trois fois par mois environ. Entre elles, il conservait toujours une céphalée frontale droite et une certaine gêne dans la démarche.

Dernièrement, les crises sont devenues journalières, durant une dizaine de minutes environ, les convulsions étant très peu accentuées.

Dans ses antécédents, en dehors d'un éthylisme avoué, on ne relève ni spécificité, ni bacillose quelconque.

A l'examen : le malade présente à la marche une raideur du côté gauche, une légère paralysie faciale du même côté, et un signe de Babinski à gauche, apparaissant après les crises.

Les autres appareils sont indemnes.

Un examen du fond d'œil, pratiqué le 31 octobre, montre une stase papillaire bilatérale, plus marquée à droite.

Une ponction lombaire, pratiquée le même jour, retire un liquide clair, hypertendu, contenant 0 gr. 80 d'albumine ;

— un Wassermann négatif ;

— un Vernes-résorcine de 55.

Dans le sang :

— B.-W. négatif ;

— résorcine 4.

Le 2 novembre, les crises deviennent subintrantes et le malade entre dans le coma. en même temps que se précise une hémiplégie gauche totale.

Le diagnostic porté est celui de tumeur dans la zone rolandique droite.

Le malade est opéré d'urgence par le Docteur Puech qui trouve un gliome de la zone pré-rolandique droite, pesant 90 gr.

Les suites immédiates furent bonnes.

CONCLUSION. — *Gliome* de la zone pré-rolandique droite.
Le Vernes-résorcine dans le L. C. R. est de 55.

OBSERVATION IX

G. A..., âgé de 33 ans, manœuvre, entre dans le service le 11 janvier 1934 porteur d'une hémiplégie droite. Soigné longtemps par un traitement antisyphilitique sans que jamais il y ait eu des preuves de laboratoire, ce malade nous raconte que son hémiplégie date de 3 ans. Par la suite, il a présenté de la diplopie, des lésions oculogyres à d'autres moments, et dernièrement une somnolence diurne avec insomnie nocturne.

A l'examen : le malade court après son centre de gravité et présente un spasme de torsion net de tout le côté droit. Une hémiplegie spastique de ce dernier côté, sans paralysie faciale ; son visage est figé.

Aux troubles moteurs s'associent des troubles de la sensibilité à tous les modes. Aucun signe de syphilis. Poux normaux.

Une ponction sous-occipitale pratiquée chez ce malade ramène un liquide clair, contenant 0 gr. 40 d'albumine, 1,80 élément à la cellule de Nageotte (lymphocytes). Le Wassermann est négatif, le Vernes-résorcine est de 10, alors qu'elle est de 6 dans le sang.

CONCLUSION. — Au cours d'une *encéphalite à forme hémiplegique* le chiffre du Vernes-résorcine est de 10, dans le L. C.-R.

OBSERVATION X

J... M., âgé de 37 ans, manœuvre, entre dans le service le 4 octobre 1934 pour des crises épileptiformes.

Le début de ces crises remonte à l'adolescence. Tantôt il s'agit de crises typiques d'épilepsie généralisée, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il s'agit de crises d'angoisse avec obnubilation et une certaine agitation, apparaissant d'une façon insolite, l'amnésie étant complète.

Ces crises surviennent tous les deux ou trois mois.

Dans ses antécédents on ne trouve ni syphilis, ni histoire pulmonaire.

L'examen somatique est complètement négatif.

Une ponction lombaire, pratiquée le 9 octobre, ramène :

— un liquide clair, contenant :

— éléments à la cell. de Nageotte : 0,80 ;

- albumine : 0,22 ;
 - Bordet-Wassermann : négatif ;
 - Vernes-résorcine : 23.
- L'examen du sang montre :
- Wassermann négatif ;
 - résorcine : 74.

CONCLUSION. — *Epilepsie essentielle*. Le Vernes-résorcine, dans le L. C. R. ne dépasse pas 23, alors qu'il est de 74 dans le sang.

OBSERVATION XI.

Mme Ch... M., âgée de 24 ans, entre dans le service le 22 octobre pour un érythème noueux, survenu deux mois après un accouchement.

Le début remonte à 8 jours, par des douleurs dans les articulations du cou, de l'épaule droite et des genoux.

Dans ses antécédents on ne relève pas de rhumatisme articulaire aigu, ni d'autres affections qui puissent retenir l'attention, sinon une diphtérie et des céphalées fréquentes.

A l'examen : érythème noueux typique ; les placards siègent au niveau du genou gauche et à la face antérieure des deux jambes.

Par ailleurs, la malade présente une insuffisance mitrale, mais rien aux poumons. Les autres appareils sont indemnes. Légère réaction méningée fugace.

La température se maintient entre 37°5 et 39°, pendant 3 semaines, irrégulière. Les douleurs sont importantes.

L'intradermo-réaction à la tuberculine se montre très positive.

Le Wassermann dans le sang est négatif. La résorcine à

3 reprises y était de 142-133 en période pyrétique pour descendre à 4, 3 semaines après la chute thermique.

Une ponction lombaire fut pratiquée en période de fièvre, qui a montré :

- un liquide clair, contenant ;
- éléments à la cell. de Nageotte : 1,60 ;
- très très nombreux lymphocytes ;
- albumine : 0,30 ;
- Bordet-Wassermann négatif ;
- Vernes-résorcine : 23.

CONCLUSION. — Au cours d'un *érythème noueux* en pleine face pyrétique, malgré le chiffre élevé dans le sang, le Vernes-résorcine ne dépasse pas 23 dans le L. C. R.

OBSERVATION XII

J... D..., âgé de 46 ans, placier, entre dans le service le 14 septembre 1934 pour un violent point de côté droit.

Le malade a été pris, dans l'après-midi et d'une façon brutale, d'un point atrocement douloureux, siégeant au niveau du sommet du poumon droit. En même temps, impossibilité de respirer, s'accompagnant de cyanose, grands frissons avec tremblement généralisé, alternatives de froid et de sueurs, céphalée. Température à 37°5.

L'expectoration, peu abondante, n'est pas rouillée.

Antécédents : bronchite et congestion pulmonaire pendant son service militaire : alité 3 mois et demi avec grosse température et crachats sanglants, apparaissant 15 jours après le début de l'affection et persistant 3-4 jours.

Ethylisme net.

A l'examen : facies congestif, malade tremblant.

Quelques râles sibilants à la partie moyenne du poumon gauche.

A droite : matité du tiers supérieur avec douleur à la pression à ce niveau. Au sommet, souffle un peu rude. A la partie moyenne de l'omoplate quelques râles humides, bien entendus dans l'aisselle.

Cœur : normal.

Foie : débordant de 3 travers de doigt le rebord costal, sensible à la pression.

Rate : normale.

Réflexes : tendineux, normaux à gauche, abolis à droite où il existe une certaine raideur.

Pas de Babinski.

Pas de Romberg.

Les pupilles réagissent bien, mais sont en myosis.

Dépoli de la muqueuse buccale au niveau de la commissure gauche (leucoplasie ?)

L'examen du sang montre un Wassermann négatif.

Une ponction lombaire faite le 25 septembre (avec une température à 37°5) ramène un liquide teinté de sang, provenant d'une blessure accidentelle, et contenant :

— éléments à la cell. de Nageotte : 4 ;

— albumine : 1 gr. ;

— Vernes-résorcine : 95.

Une nouvelle prise de sang donne :

— B.-W. : négatif ;

— résorcine : 4.

CONCLUSION. — *Congestion pulmonaire* chez un éthylique avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens du côté droit.

Le Vernes-résorcine dans le L. C. R. est de 95.

OBSERVATION XIII

Madame J. B..., âgée de 57 ans, vigneronne, entre dans le service le 4 janvier 1934, pour céphalée, troubles de la marche et douleurs abdominales.

La *céphalée* fut le premier des accidents : ayant débuté il y a 5 ans, elle a été durant plusieurs années le seul symptôme. Diminuée légèrement depuis un ou deux ans, cette céphalée est devenue vive depuis quelques jours, aussi bien le jour que la nuit. Elle est surtout frontale.

Les *accidents au niveau des membres* sont apparus depuis 1 an ou 1 an et demi et d'une façon assez brusque :

Dans les membres inférieurs : engourdissements au niveau des extrémités et brûlures au niveau des cuisses, paresthésie au niveau des fesses gênant la position assise. Néanmoins, la marche était possible et il ne semble pas y avoir trop grande impotence fonctionnelle, ni paralysies.

Mais depuis 15 jours, les troubles de la marche se sont accentués.

Aux membres supérieurs : mêmes fourmillements, engourdissements au niveau des mains ; douleur des bras et des avant-bras et gêne dans les mouvements délicats des doigts.

Enfin, *douleurs abdominales* : depuis un an, douleurs continues, tout d'abord hypogastriques, puis épigastriques. Ces douleurs ont coexisté avec un certain amaigrissement, anorexie ou dégoût pour la viande et augmentation de volume de l'abdomen.

La malade accuse une constipation qui date de l'enfance : elle a parfois des périodes de rétention stercorale de 15 jours avec un minimum de 5.

Comme troubles sensoriels : affaiblissement de la vue depuis très longtemps, surtout à droite. Vertiges, bourdonnements d'oreille.

Ses antécédents sont sans intérêt.

A l'examen : démarche mal assurée, mais ne tâlonne pas, ne steppe pas.

Pas de signe de Romberg.

Pas de perte de la notion de position.

Pas de troubles sensitifs, superficiels, ni profonds.

Abolition des réflexes rotuliens.

Achilléens normaux.

Réflexes oculaires normaux.

Les autres appareils indemnes, sauf vive douleur sur le cadre colique.

La radiographie de l'appareil digestif montre un mégacolon (qui expliquerait sa céphalée ?).

L'examen du sang montre :

— Bordet-Wassermann : négatif ;

— résorcine : 1 ;

Une ponction lombaire :

— liquide clair ;

— albumine : 0 gr. 35 ;

— éléments à la cellule de Nageotte : 1,60 ;

— Wassermann négatif ;

— benjoin colloïdal : 222 au niveau des tubes 7, 8, 9 ;

Vernes-résorcine : 36.

CONCLUSION. — *Polynévrite*. Le Vernes-résorcine dans le L. C. R. est de 36.

OBSERVATION XIV

A. J..., âgé de 43 ans, chapelier, entre dans le service le 8 janvier 1935 (pour la troisième fois depuis un an), pour des crises douloureuses abdominales violentes.

Le début de sa maladie remonte à un an environ, par des douleurs dans la région abdominale, surtout du côté de la fosse iliaque droite, calmées par l'atropine et accompagnées d'une constipation intense. Dans ses antécédents, rien de spécial.

Les examens sérologiques pratiqués pour dépister la syphilis ont été négatifs. L'urée sanguine oscille entre 0 gr. 48 et 1 gr. 25 une fois, mais on ne décèle rien du côté de l'appareil urinaire.

Nous avons pensé, un instant, à des crises tabétiques et avons pratiqué une ponction lombaire qui ramène un liquide clair, contenant 0 gr. 32 p. 1.000 d'albumine, 0,70 éléments à la cellule de Nageotte ; le Wassermann est négatif et le *Vernes-résorcine* est de 12.

En fait, il s'agit, cliniquement, chez ce malade, de coliques saturnines qui ont cédé à l'acétylcholine et au miel soufré.

CONCLUSION. — Chez un malade qui présente des *coliques saturnines* une ponction lombaire retire un liquide donnant un *Vernes-résorcine* de 12.

OBSERVATION XV

Madame M. J..., âgée de 56 ans, entre dans le service le 30 octobre 1934 pour une sciatique haute située, gauche. Nous avons profité d'une ponction lombaire, pratiquée

pour dépister une syphilis possible, pour faire la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien.

L'examen somatique est négatif quant à la tuberculose. Rien du côté des poumons. La résorcine dans le sang est de 16 et le Bordet-Wassermann négatif.

Le liquide retiré de la ponction est clair et contient 0 gr. 20 d'albumine, 1,80 élément à la cellule de Nageotte, le Wassermann est négatif et le Vernes-résorcine est de 23.

CONCLUSION. — Au cours d'une *sciaticque*, le Vernes-résorcine dans le liquide céphalo-rachidien est de 23.

OBSERVATION XVI

Le malade H. G..., âgé de 53 ans, menuisier, entre dans le service le 23 décembre pour une pleurésie droite.

Une semaine auparavant le malade a été pris d'un point de côté violent à la base droite, frissons intenses et une température à 39°, [une dyspnée qui s'est accentuée par la suite.

Dans ses antécédents on relève : à 31 ans une hémoptysie sans suites. Il y a 4 mois, aphonie subite et complète ; on aurait trouvé une paralysie des cordes vocales. Un examen du sang fut négatif et, à la suite d'une radiographie pulmonaire, il a subi un traitement par des sels d'or en injections intra-veineuses. L'aphonie est disparue peu après.

Examen à l'entrée : malade pyrétique, avec une température à 39°2, légèrement cyanosé aux extrémités, dyspnéique au moindre effort, présentant une toux sèche.

Appareil pulmonaire : rien à gauche : à droite, signes

typiques d'une pleurésie de la base; le liquide est hémorragique, contenant de nombreuses hématies, des polynucléaires et lymphocytes (prédominants), pas de germes visibles. Les autres appareils sont indemnes, sauf le foie qui est un peu gros.

Devant cette pleurésie peu abondante en disproportion avec la dyspnée, nous avons pensé à un syndrome lymphogranulomateux (surtout qu'il avait présenté des troubles récurrentiels récemment). Mais tant cliniquement que radiologiquement nous n'avons pu affirmer ce diagnostic. La formule sanguine montrait une leucocytose à 22.300, une polynucléose à 87 et 3 éosinophyles.

Evolution : pendant 3 semaines la température oscille entre 38° et 39°; l'état reste stationnaire. Le 15 janvier 1935 la température s'élève à 40° et va osciller entre 39° et 40°; la dyspnée devient intense, accompagnée d'une forte cyanose.

Evacuation pleurale et traitement adéquat n'amènent aucun soulagement. L'idée d'une *granulie* va être renforcée par l'apparition de délire, raideur de la nuque et troubles sphinctériens.

La ponction sous-occipitale ramène un liquide céphalo-rachidien clair, contenant 0,18 d'albumine, 0,80 élément à la cellule de Nageotte. Pas de B. K. à l'examen direct; le Wassermann est négatif. La réaction de *Vernes à la résorcine* est de 6, alors que dans le sang elle est de 122.

Ce résultat du Vernes-résorcine nous aurait permis de refouler le diagnostic de méningite tuberculeuse si le décès du malade ne s'était pas produit le lendemain. En effet, à l'autopsie, nous avons découvert une thrombose des artères pulmonaires et de la pleurésie droite, mais point de méningite tuberculeuse.

CONCLUSION. — Chez ce malade tuberculeux (pleurésie hémorragique) la réaction de Vernes à la résorcine était élevée dans le sérum sanguin, alors qu'elle était de 6 dans le L. C.-R.; elle aurait permis de redresser l'impression clinique si le malade n'avait succombé peu après la ponction rachidienne.

Résumé.

Par le tableau récapitulatif ci-après des cas cliniques que nous avons examinés, nous voyons que :

1^o Dans deux cas de méningite tuberculeuse, cliniquement et biologiquement diagnostiquée, avec présence de B. K. dans le liquide et confirmée par l'autopsie des malades, l'indice photométrique du Vernes-résorcine dans 6 ponctions lombaires pratiquées, n'a pas été inférieur à 117, allant par contre jusqu'à 366 ;

2^o Dans un cas de méningite syphilitique le chiffre du Vernes-résorcine à 112 à la première ponction, tombe à 9 lors de la seconde, comme si la réaction voulait s'excuser catégoriquement d'une erreur ;

3^o Dans un cas d'hémorragie méningée bénigne, de nature indéterminée, sans que rien fasse présumer la tuberculose, l'indice photométrique du Vernes-résorcine dans 5 ponctions lombaires pratiquées, élevé au début (130 puis 227), descend progressivement en escalier, à mesure que la maladie guérit, jusqu'à tomber à 20, la veille de la sortie du malade (Voyez le graphique de la page 48) ;

4^o Dans un cas de ramollissement cérébral, avec

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE NOS OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observations	Diagnostics	Liquide céphalo-rachidien						Sérum sanguin	
		Vernes-résorcine		Albumine (gr)		Eléments cells.		Vernes-résorcine	
		Limite Mn	Limite Mx	Limite Mn	Limite Mx	Limite Mn	Limite Mx	Limite Mn	Limite Mx
I	Méningite tuberculeuse	141	366	1,10	2,80	115	160	8	12
II	Méningite tuberculeuse	117		1,50		20,4			
III	Pneumonie bâtarde avec réveil d'otite ancienne et réaction méningée secondaire.								
IV	Méningite syphilitique	6	19	0,20	0,40	1,30	6,2	6	10
V	Hémorragie méningée bénigne	9	112	0,46	0,74	1,20	4,76		
VI	Hémorragie méningée chez une syphilitique ayant une maladie d'Osler	20	227	0,32	1,40	2,80	185	2	54
VII	Ramollissement cérébral avec légère hémorragie méningée		15		1,85	9		46	
VIII	Tumeur cérébrale	126		2,80		5		42	4
IX	Encéphalite à forme hémiplegique	55		0,80				4	6
X	Epilepsie essentielle	10		0,40		1,80		74	
XI	Erythème noueux	23		0,22		0,80			
XII	Congestion pulmonaire	23		0,30		1,60		4	142
XIII	Polynévrite	95		1		4		4	4
XIV	Coliques saturnines	36		0,35		1,60			1
XV	Sciaticque	12		0,32		0,70			16
XVI	Pleurésie hémorragique	23		0,20		1,80			122
		6		0,18		0,80			

légère hémorragie méningée de nature inconnue, l'indice photométrique du Vernes-résorcine dans le liquide céphalo-rachidien est de 126 avec 2 gr. 80 d'albumine ;

5° Dans toutes les autres affections cliniques non tuberculeuses que nous avons examinées, l'indice photométrique dans le L. C. R. ne dépasse pas 95, avec une moyenne de 29 environ.

Conclusions.

1° Au cours des méningites tuberculeuses, la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien donne des indices photométriques *constamment élevés* (en général au-dessus de 100), ce qui nous permet de considérer cette réaction biologique comme très importante pour leur diagnostic. Elle devrait être recherchée systématiquement chaque fois qu'on suspecte une atteinte tuberculeuse des méninges.

Une réponse négative semble permettre de rejeter catégoriquement le diagnostic de méningite tuberculeuse.

2° Par contre une réaction positive n'a pas une valeur absolue suffisante pour affirmer la nature tuberculeuse d'une méningite.

Une première cause d'erreur, déjà signalée par Vernes et Quérangal des Essarts, réside dans la teneur élevée du liquide céphalo-rachidien en albumine ; quand cette teneur atteint ou dépasse 2 gr. par litre, l'indice photométrique est souvent élevé quelle que soit la nature de la maladie (Obs. VII).

En second lieu, nous avons observé un cas d'hémorragie méningée que rien ne faisait considérer comme tuberculeuse et d'ailleurs terminée par la guérison, où l'albumine ne dépassait pas 1 gr. 20 pour 1000 et dans lequel les premières ponctions ont donné des chiffres de floculation très élevés (130-227-107). Toutefois, à mesure que le malade s'améliorait, la courbe photométrique s'abaissait progressivement jusqu'à arriver à 20 à la dernière ponction (Obs. V).

3° Il existe une indépendance complète entre le chiffre du Vernes-résorcine dans le liquide céphalo-rachidien et celui du sérum sanguin : un tuberculeux à indice photométrique élevé dans le sang, présente un liquide normal s'il n'est pas atteint de méningite tuberculeuse (Obs. XI et XVI). Un sujet atteint d'une méningite tuberculeuse peut avoir un indice photométrique très élevé dans le liquide céphalo-rachidien et très bas dans le sang (Obs. I).

4° Enfin, nous croyons qu'on peut dire, à l'heure actuelle, de la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic des méningites tuberculeuses ce que Thibierge et Ravaut disent en parlant du Wassermann pour le diagnostic de la syphilis : « il ne faut lui demander que ce qu'elle donne, car sa valeur n'est ni spécifique ni absolue, mais elle n'en reste pas moins un auxiliaire très précieux, un symptôme de plus pour le diagnostic et le traitement ; et son importance est considérable si on

sait l'interpréter, en attendant d'elle un conseil et non une indication impérative ».

Elle ne nous dit pas catégoriquement oui, mais parfois répond nettement non.

Vu : le Président de la thèse,

F. BEZANÇON.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

LETULLE et PRUVOST. — Diagnostic de laboratoire.

QUÉRENGAL DES ESSARTS. — Arch. de l'Institut Prophylactique, 1930, n° 3, t. II.

— Arch. de l'Institut Prophylactique, 1931, n° 3, t. III.

— Arch. de l'Institut Prophylactique, 1932, n° 3, t. IV.

— Arch. de l'Institut Prophylactique, 1933, n° 4, t. V.

— Arch. de l'Institut Prophylactique, 1934, n° 4, t. VI.

LÉGER (Marcel) et MARTIN (Gustave). — Ce qu'il faut savoir de la méthode syphilimétrique de Vernes et des applications de la photométrie.

BRELET. — Diagnostic et pronostic de la méningite tuberculeuse. Revue générale (*Gazette des Hôpitaux*, samedi 4 avril 1931).

CAUSSIMON (J.). — La réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 20, 8 janvier 1933).

LAEDERICH et LICHTENBERG. — Méningite tuberculeuse à évolution prolongée (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, Paris, février 1935).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	11
CHAPITRE I. — Difficultés de diagnostic des syndromes méningés par de simples méthodes bactériologiques et cliniques.	15
CHAPITRE II. — La réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien. Sa technique,.....	25
CHAPITRE III. — Quelques résultats relevés dans la littérature médicale.....	29
CHAPITRE IV. — Nos observations cliniques personnelles.....	37
CONCLUSIONS.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	71

1173. — Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 2-35
